

立会い実施確認書

■ 医療機関等記入欄

1. 対象医療機器名：

2. 手技名：

3. 立会い目的（下記の該当する立会いについて、□内にチェックをお願いいたします。）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 新規納入時の立会い | <input type="checkbox"/> 故障修理後の作動確認等のための立会い |
| <input type="checkbox"/> 製品のバージョンアップ時の立会い | <input type="checkbox"/> 保守点検後の作動確認等のための立会い |
| <input type="checkbox"/> 試用のための貸出製品の立会い | <input type="checkbox"/> 緊急時対応のための立会い |
| <input type="checkbox"/> 医療担当者の人事異動に伴う立会い | <input type="checkbox"/> 災害時対応のための立会い |
| <input type="checkbox"/> 新規納入時の立会い終了後、合算で最長 12 か月間以内の保証期間内での立会い | |
| <input type="checkbox"/> 在宅医療のための立会い | |

4. 回数及び予定期間： 回 ， 年 月 日から 年 月 日まで

5. 事業者が立会いを行うことの患者へのインフォームドコンセントの実施： ☐ 確認済

年 月 日

医療機関名： _____

診療科名： _____

住 所：

管理責任者名： _____（記名捺印又は署名）

■ 事業者記入欄

1. 院内規則の遵守 ☐ 弊社及び弊社担当者は、貴院の院内規則を遵守いたします。

2. 立会い実施日、実施時間、実施担当者の記録

- | | | | | | |
|--------|-------|-------|---|-------|-------|
| ・ 実施日： | 年 月 日 | 実施時間： | ～ | 担当者名： | _____ |
| ・ 実施日： | 年 月 日 | 実施時間： | ～ | 担当者名： | _____ |
| ・ 実施日： | 年 月 日 | 実施時間： | ～ | 担当者名： | _____ |
| ・ 実施日： | 年 月 日 | 実施時間： | ～ | 担当者名： | _____ |

実施事業者名： 株式会社 リイツメディカル

立会い終了時の担当医師による記名捺印又は署名：

医療機器業公正取引協議会

	所長	エリアマネージャー	社長
承認印			